

สถานการณ์สุขภาพในเขตภาคเหนือตอนบน

รศ. พญ. รัตนา พันธุ์พานิช นพ. เกรียงไกร ศรีธนวิบูลย์ ผศ. ดร. เพ็ญประภา ศิริโรจน์

ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บทความนี้เป็นการศึกษาทบทวนสถานการณ์สุขภาพและแนวโน้มของปัญหา อันเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงของสังคม เศรษฐกิจ การเมือง และระบบบริการสุขภาพ ประเด็นการทบทวนแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) แนวโน้มปัญหาสุขภาพ 2) ระบบบริการสุขภาพ และ 3) การดูแลสุขภาพตนเอง และการแพทย์พื้นบ้าน โดยหวังว่าบทความนี้ จะเป็นประโยชน์ในมองภาพปัจจุบันเพื่อกำหนดทิศทางการวิจัย และพัฒนา ระบบสุขภาพของประชาชนในพื้นที่

1) แนวโน้มปัญหาสุขภาพ

1.1 สถานการณ์ปัญหาโรคติดเชื้อที่มีความสำคัญอยู่เดิม

เอดส์และวัณโรค ปัญหาที่ยังคงอยู่

ภาคเหนือตอนบนได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคเอดส์ มากกว่าพื้นที่อื่น ๆ ของประเทศ จำนวนการติดเชื้อ HIV รายใหม่ในภาคเหนือแม้จะมีแนวโน้มลดลง แต่ในระยะหลังเป็นไปอย่างชะลอตัว โดยดูได้จากความชุกของการติดเชื้อ HIV ในทหารเกณฑ์ และหญิงตั้งครรภ์ ที่เริ่มเพิ่มขึ้นในบางพื้นที่ นอกจากนี้รูปแบบของการติดเชื้อยังเปลี่ยนแปลงไป จากการที่ส่วนใหญ่เคยเป็นการติดเชื้อในผู้ชายจากการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงผู้ให้บริการทางเพศ มาเป็นผู้หญิงติดเชื้อจากสามี และกลุ่มวัยรุ่นที่ติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์กันในช่วงคูรัก และเพื่อนในสัดส่วนที่มากขึ้น ขณะที่ความชุกของการติดเชื้อ HIV ในกลุ่มผู้ขายยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นยังคงอยู่ในระดับสูง ไม่เปลี่ยนแปลง

วัยรุ่นในภาคเหนือ มีความเสี่ยงสูง ที่จะมีปัญหาสุขภาพจากการมีเพศสัมพันธ์ ได้แก่การติดเชื้อ HIV โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ การตั้งครรภ์โดยที่ยังไม่พร้อม และปัญหาด้านจิตใจ ข้อมูลจากการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ HIV ของเด็กนักเรียนมัธยมปีที่ 5 ในเขตภาคเหนือตอนบนเมื่อปี พ.ศ.2546 พบว่า แม้สัดส่วนของผู้ที่เคยมีเพศสัมพันธ์แล้วจะยังคงต่ำ เนื่องจากทำการสำรวจในผู้ที่อายุเฉลี่ยประมาณ 17 ปี คือเพียงร้อยละ 10.53 (ร้อยละ 17.9 ในเพศชาย และร้อยละ

4.8 ในเพศหญิง) แต่อายุของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกน้อยลง โดยมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเร็วที่สุดเมื่ออายุเพียง 9 ปี ในเพศชาย และ 10 ปีในเพศหญิง เมื่อดูเฉพาะผู้ที่เคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว พบว่าร้อยละ 43.5 ในเพศชาย และร้อยละ 25.4 ในเพศหญิง มีคู่นอนมากกว่า 1 คน ในรอบปีที่ผ่านมา นอกจากนั้น การใช้ถุงยางอนามัยระหว่างการมีเพศสัมพันธ์กับคู่อีกยังอยู่ในระดับต่ำ เพียงร้อยละ 20.2 เท่านั้น

การติดเชื้อ HIV ในหญิงตั้งครรภ์ในเขตภาคเหนือตอนบน หลังจากที่สูงขึ้นถึงร้อยละ 5.67 ในปี พ.ศ.2538 ก็มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องจนถึงปี พ.ศ.2545 แต่เป็นไปอย่างชะลอตัวในปีหลัง ๆ และเริ่มมีการติดเชื้อสูงขึ้นในบางพื้นที่ในปี พ.ศ.2546 อย่างไรก็ตาม หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ HIV เข้าถึงบริการป้องกันการติดเชื้อจากมารดาสู่ทารกและการดูแลทั้งครอบครัวแบบองค์รวมในสัดส่วนที่สูงขึ้น ทำให้จำนวนเด็กที่ติดเชื้อ HIV จากมารดาในภาคเหนือมีแนวโน้มลดลง

ในด้านการดูแลรักษา ภาระการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ในเขตภาคเหนือตอนบน เพิ่มขึ้นสูงที่สุดในปี พ.ศ.2539 หลังจากนั้นจำนวนผู้ป่วย และผู้เสียชีวิตเริ่มลดลง ในปี พ.ศ.2544 รัฐบาล โดยกระทรวงสาธารณสุข ได้เริ่มให้บริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ที่มีประสิทธิภาพสูงโดยไม่คิดมูลค่า แก่ผู้ติดเชื้อที่อยู่ในข่ายที่ควรจะได้รับยา คือมีอาการป่วยที่สัมพันธ์กับเอดส์ หรือมีเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 น้อยกว่า 200 เซลต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร โดยให้เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการดูแลรักษาอย่างครบถ้วน และต่อเนื่อง และเริ่มโครงการนี้ในพื้นที่ภาคเหนือตอนบนก่อนพื้นที่อื่น ในระยะแรกผู้รับยายังมีจำนวนน้อย เนื่องจากยายังมีราคาค่อนข้างแพง และต้องนำเข้าจากต่างประเทศ ต่อมาองค์การเภสัชกรรมสามารถผลิตยาที่ใช้ในโครงการส่วนใหญ่ได้เอง ทำให้ยามีราคาถูกลง ปัจจุบันการให้บริการด้วยยาต้านไวรัสเป็นไปอย่างกว้างขวางและครอบคลุมมากขึ้น ถึงแม้ว่าโครงการให้บริการด้วยยาต้านไวรัสจะมีข้อดีในการช่วยให้ผู้ที่ได้รับยาส่วนใหญ่มีสุขภาพดีขึ้น สามารถกลับไปทำงาน ใช้ชีวิตได้ตามปกติ แต่ก็ยังมีปัญหาอุปสรรค ตลอดจนข้อจำกัดในการดำเนินการอยู่บ้าง ได้แก่

- ผู้ป่วยบางรายจำเป็นต้องเปิดเผยตนเองเพื่อเข้าโครงการ ทั้งที่ยังไม่มีความพร้อม ทำให้มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตในสังคม
- สูตรยาที่มีให้ใช้ไม่จำกัด ทำให้แพทย์ไม่สามารถเลือกยาที่จะเริ่มให้ หรือเปลี่ยนให้ผู้ป่วยเมื่อมีความจำเป็นได้อย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย
- การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของผู้ป่วยในโครงการ ก่อให้เกิดภาระงานอย่างมากต่อผู้ให้บริการ เนื่องจากบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเอดส์มีความละเอียด และยุ่งยากซับซ้อนกว่าโรคอื่น ๆ ทำให้คุณภาพบริการลดลง
- เกิดความคาดหวังผลการรักษาเกินความจริง ผู้ป่วยจำนวนมากคิดว่ายาต้านไวรัสเป็นคำตอบสุดท้ายของปัญหาความเจ็บป่วยของตนเอง และจะช่วยแก้ปัญหาทุกอย่าง เมื่อไม่เป็นไปตามที่ตั้ง

คาดก็จะผิดหวังได้ เนื่องจากในความเป็นจริงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมีข้อจำกัดในตัวเองค่อนข้างมาก ตั้งแต่ยาอาจไม่ได้ผลกับคนบางคน ความลำบากในการต้องรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและตรงเวลาตลอดชีวิต ผลข้างเคียงของยาที่ค่อนข้างมากทั้งระยะสั้นและระยะยาว การห่อของโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่แฝงตัวอยู่เนื่องจากการกินยาต้านไวรัส และการดื้อต่อยาของเชื้อซึ่งจะทำให้ต้องเปลี่ยนยาใหม่

- ผู้ที่กินยาต้านไวรัสมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งจะมีผลเสียต่อการควบคุมการระบาดของโรคเอดส์ต่อไปในอนาคต

ประชาชนในภาคเหนือป่วยเป็นวัณโรคเพิ่มขึ้น

วัณโรคเป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุข และมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับการระบาดของโรคเอดส์ เนื่องจากในผู้ติดเชื้อ HIV หากติดเชื้อวัณโรคอยู่เดิม จะมีโอกาสเสี่ยงเพิ่มขึ้นมากในการป่วยเป็นวัณโรค เห็นได้จาก ในปี พ.ศ.2542 ซึ่งเป็นปีที่ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในเขตภาคเหนือตอนบน ติดเชื้อ HIV ในสัดส่วนที่สูงที่สุด คือสูงถึง 48.8% คิดเป็นประมาณ 4 เท่า ของค่าเฉลี่ยของประเทศ

โรคเอดส์ และวัณโรค เป็นปัจจัยเสริมซึ่งกันและกัน ทำให้ปัญหาการแพร่ระบาดของแต่ละโรครุนแรงเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากในผู้ติดเชื้อ HIV หากติดเชื้อวัณโรคอยู่เดิม จะมีโอกาสเสี่ยงเพิ่มขึ้นมากในการป่วยเป็นวัณโรคระยะแพร่เชื้อ ซึ่งสามารถติดต่อไปยังประชาชนทั่วไปได้ วัณโรคจึงเป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่สำคัญที่สุด และพบบ่อยที่สุดในผู้ติดเชื้อ HIV นอกจากนั้น ผู้ป่วยเอดส์ที่ป่วยเป็นวัณโรค ก็มักจะมีอาการไม่ชัดเจน ทำให้การวินิจฉัยยากลำบาก ผลการรักษาไม่ดี มีการแพ้ยาสูง ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาเสียชีวิตมากกว่าคนทั่วไปที่ป่วยเป็นวัณโรค และเนื่องจากภาคเหนือตอนบนเป็นพื้นที่ ที่มีผู้ติดเชื้อ HIV มากที่สุดเมื่อเทียบกับพื้นที่อื่น ของประเทศ จึงทำให้มีการแพร่ระบาดของวัณโรคเพิ่มขึ้นไปด้วย

ในช่วงก่อนที่จะมีการระบาดของโรคเอดส์ จำนวนผู้ป่วยวัณโรคในภาคเหนือมีแนวโน้มลดลง แต่เมื่อมีการระบาดของโรคเอดส์อย่างรุนแรง จำนวนผู้ป่วยวัณโรคก็กลับเพิ่มขึ้น และยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การค้นหาผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อในชุมชน แม้จะมีการรณรงค์ในลักษณะของโครงการพิเศษ แต่ก็ยังเป็นไม่มีประสิทธิภาพ การวินิจฉัยผู้ป่วยโดยแพทย์ยังไม่เป็นไปในมาตรฐานเดียวกัน และยังมี ความล่าช้าในการให้การวินิจฉัย ขณะที่ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วยังไม่ได้รับการดูแลรักษาโดยเทคนิคการรับประทานยาระยะสั้นภายใต้การสังเกตตรง (Directly Observed Treatment Short Course, DOTS) ที่แนะนำโดยองค์การอนามัยโลกอย่างแท้จริง โดยส่วนใหญ่อาศัยญาติเป็นผู้กำกับ การกินยาของผู้ป่วยแทนที่จะเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทำให้ผลการรักษาไม่ดีเท่าที่ควร มีการรักษาหายต่ำ

และขาดการรักษา สูงกว่าเป้าหมาย ทำให้เกิดเชื้อวัณโรคดื้อยา (Multi Drugs Resistance TB) เพิ่มขึ้น

1.2 สถานการณ์โรคไม่ติดต่อที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

แนวโน้มปัญหาสุขภาพจากพฤติกรรมบริโภคที่ไม่เหมาะสม

ความเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมอย่างรวดเร็ว ความเป็นชุมชนเมืองที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้วิถีการดำเนินชีวิตของคนในภาคเหนือตอนบนส่วนใหญ่เปลี่ยนไปอย่างไม่รู้เท่าทัน และทำให้มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อุบัติเหตุ และปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มสูงขึ้น ข้อมูลจากรายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชน เมื่อปี พ.ศ.2540 พบว่า คนในภาคเหนือ ใช้ชีวิตนั่ง ๆ นอน ๆ ในสัดส่วนของเวลาที่มากขึ้น ส่วนใหญ่ขาดการออกกำลังกาย นอกจากนั้นกระแสนิยมการกินอาหารฟาสต์ฟู้ดและการกินแบบบุฟเฟต์ ซึ่งสามารถกินมากเท่าใดก็ได้ในราคาเหมาจ่าย ทำให้เกิดการกินในปริมาณที่มากเกินไปเป็นประจำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาหารที่มีแคลอรีและไขมันสูง นอกจากนี้ประชาชนในภาคเหนือสูบบุหรี่ในอัตราที่มากกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ วัยรุ่นทั้งชายและหญิงเสพยาเสพติดมากขึ้น นอกจากนี้ ภาคเหนือยังมีสัดส่วนของผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์มากที่สุด เมื่อเทียบกับภาคอื่นๆ ของประเทศ

ปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวข้างต้นเมื่อมีการสะสมนานเข้า จะนำไปสู่ความผิดปกติทางด้านชีวิตระได้แก่ ภาวะอ้วน น้ำหนักเกิน ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และหากไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัย รักษา และปรับปรุงเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมได้ทันเวลา โรคอาจลุกลามทำให้เกิดความพิการ หรือเสียชีวิต จากโรคหัวใจขาดเลือด เส้นเลือดในสมองแตกหรือตีบ โรคถุงลมโป่งพอง และโรคมะเร็ง ซึ่งเป็นผลลัพธ์สุดท้ายของการดำเนินโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

การตายด้วยโรคหัวใจและระบบไหลเวียนเลือด

การตายด้วยโรคหัวใจและระบบไหลเวียนเลือดของประชาชนในภาคเหนือ มีอัตราการเกิดสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ โดยพบว่า การตายของโรคระบบไหลเวียนเลือด ในภาคเหนือมีจำนวนมากที่สุดในปี พ.ศ. 2542 ถึง 10642 ราย (คิดเป็นอัตรา 87.6 ต่อแสนประชากร) ซึ่งเป็นอัตราสูงสุดในปีนั้น สำหรับในปีต่อมา มีอัตราการลดลงอยู่ระหว่าง 59-63 ต่อแสนประชากรในปี 2543-2545 ส่วนในปี 2546 ได้เพิ่มขึ้นเป็น 74.7 ต่อแสนประชากร และยังคงสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ แต่เป็นอันดับสองรองจากกรุงเทพมหานคร ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 อัตราการตายด้วยโรคระบบไหลเวียนเลือดแยกรายภาค ปี พ.ศ. 2542-2546

พื้นที่	อัตราการตายด้วยโรคระบบไหลเวียนเลือด /100,000 ประชากร				
	พ.ศ. 2542	พ.ศ. 2543	พ.ศ. 2544	พ.ศ. 2545	พ.ศ. 2546
ภาคเหนือ	87.6	63.7	63.3	59.4	74.7
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	53.8	35.9	34.2	31.2	40.0
ภาคกลาง	84.1	57.9	67.6	63.6	75.9
ภาคใต้	53.2	32.5	57.4	52.0	65.3
กรุงเทพมหานคร	67.2	82.0	93.2	90.9	95.5
ทั่วประเทศ	68.7	52.3	56.2	52.6	63.7

ที่มา: กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

การตายจากโรคมะเร็ง

การตายด้วยโรคมะเร็งของประชาชนในภาคเหนือ มีแนวโน้มที่สูงขึ้น และมีอัตราที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ การตายของโรคมะเร็งทุกตำแหน่งในภาคเหนือในปี พ.ศ. 2546 มีจำนวน 9872 ราย (คิดเป็นอัตรา 81.4 ต่อแสนประชากร) ซึ่งเป็นอัตราที่สูงกว่าภาคอื่นๆ ยกเว้นกรุงเทพมหานคร และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งแยกรายภาค ปี พ.ศ. 2542-2546

พื้นที่	อัตราการตายด้วยโรคมะเร็ง /100,000 ประชากร				
	พ.ศ. 2542	พ.ศ. 2543	พ.ศ. 2544	พ.ศ. 2545	พ.ศ. 2546
ภาคเหนือ	61.8	64.9	68.7	74.6	81.4
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	68.9	72.3	76.3	80.8	88.9
ภาคกลาง	46.0	51.8	57.5	62.8	67.4
ภาคใต้	30.5	35.5	40.8	47.1	50.4
กรุงเทพมหานคร	85.3	102.2	106.3	107.1	107.5
ทั่วประเทศ	58.6	63.9	68.4	73.3	78.9

ที่มา: กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

อุบัติเหตุจากการจราจร

อุบัติเหตุจากการจราจร เป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่ง และการป่วยอันดับสาม ของคนในภาคเหนือ ตอนบนในปี พ.ศ.2547 ผู้คนจำนวนมาก ต้องบาดเจ็บ พิการ และเสียชีวิตก่อนวัยอันควร จากอุบัติเหตุ ซึ่งส่วนใหญ่ป้องกันได้ การตายจากอุบัติเหตุยานยนต์ในการจราจรทางบกของประชาชนในภาคเหนือ พบว่ามีจำนวนสูงเป็นอันดับสองรองจากภาคกลาง และมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น และเกิดขึ้นกับผู้ชาย มากกว่าผู้หญิงประมาณ 4-5 เท่าในภาคเหนือ ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การตายด้วยอุบัติเหตุยานยนต์ในการจราจรทางบก ปี พ.ศ. 2542-2546

พื้นที่	การตายด้วยอุบัติเหตุยานยนต์ (จำนวนราย และอัตรา /100,000)									
	พ.ศ. 2542		พ.ศ. 2543		พ.ศ. 2544		พ.ศ. 2545		พ.ศ. 2546	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
ภาคเหนือ รวม	2,463	20.3	2,629	21.7	2,448	20.2	2,523	20.8	2,673	22.1
เพศชาย	1,983	32.8	2,118	35.2	1,987	33.0	2,053	34.1	2,155	35.8
เพศหญิง	480	7.9	511	8.4	461	7.6	470	7.7	518	8.5

ที่มา: กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

ในระยะเวลาสั้น ๆ ของช่วงเทศกาลสงกรานต์ ปี พ.ศ.2546 มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรในภาคเหนือ ตอนบนถึง 57 ราย และบาดเจ็บอีก 4,512 ราย รถจักรยานยนต์เป็นพาหนะที่ความปลอดภัยต่ำ และก่อให้เกิดอุบัติเหตุสูงสุด ข้อมูลจากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ในปี พ.ศ.2546 พบว่า มีผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ประสบอุบัติเหตุเข้ามารับการรักษาถึง 5,449 ราย ในจำนวนนี้เสียชีวิต 198 ราย

วัยรุ่นอายุระหว่าง 15-19 ปี เป็นกลุ่มประชากรที่มีอัตราการบาดเจ็บ พิการ และเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรสูงที่สุด เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่นๆ โดยเฉพาะในเพศชาย เนื่องจากวัยรุ่นในภาคเหนือ นิยมใช้รถจักรยานยนต์ เป็นพาหนะในการเดินทาง ประกอบกับยังขาดความชำนาญในการควบคุมรถ การขับซิกก็มักเป็นไปโดยขาดความระมัดระวัง ไม่สวมหมวกนิรภัย และบางครั้งดื่มสุราก่อนการเดินทาง ทำให้โอกาสเกิดอุบัติเหตุเพิ่มสูงขึ้น

แม้ทุกฝ่ายจะพยายามรณรงค์การป้องกันอุบัติเหตุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาครัฐ แต่มาตรการที่กำหนดขึ้น ยังไม่มีการดำเนินการอย่างจริงจัง เป็นไปอย่างไม่ต่อเนื่อง และขาดการติดตามประเมินผลอย่างเป็น รูปธรรม สังเกตได้จากมาตรการด้านกฎหมาย เช่น การตรวจจับผู้ขับขีรถจักรยานยนต์ที่ไม่สวมหมวก นิรภัย และการตรวจระดับแอลกอฮอล์ในลมหายใจของผู้ขับขีรถยนต์และรถจักรยานยนต์ เป็นต้น ทำให้ คนยังขาดวินัยในการใช้รถใช้ถนน และพฤติกรรมเสี่ยงยังไม่ลดลง ตัวอย่างเช่น สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดในเขตภาคเหนือตอนบน ได้ทำการสำรวจอัตราการสวมหมวกนิรภัยในผู้ขับขีรถจักรยานยนต์ใน เขตเทศบาลเมือง พบว่าอัตราการสวมหมวกในแต่ละเดือนของปี พ.ศ.2547 ไม่เปลี่ยนแปลงโดยคงที่อยู่ที่ ประมาณร้อยละ 60-70

ปัญหาสุขภาพจิต และการฆ่าตัวตาย

ปัญหาการฆ่าตัวตายของประชาชนในภาคเหนือในช่วงเวลา 5 ปีที่ผ่านมา มีจำนวนที่สูงกว่าภาคอื่นๆ เมื่อพิจารณาแนวโน้มการตายด้วยการฆ่าตัวตายในปี 2543-2546 ในภาคเหนือมีอัตราการตายด้วยการ ฆ่าตัวตายประมาณ 12-15 ต่อแสนประชากร ยกเว้นในปี 2544 มีอัตรา 6.5 ต่อแสนประชากร ดังแสดง ในรายละเอียดในตารางที่ 4) ผู้ชายมีอัตราการตายจากการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้หญิง เมื่อพิจารณาจังหวัด ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงในระหว่างปี 2541 –2545 พบว่า จังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตาย 10 ลำดับ สูงสุดของประเทศคือ จังหวัดเชียงใหม่ รองลงมาคือ ลำพูน พะเยา เชียงราย นครปฐม ระยอง ชลบุรี แพร่ น่าน และ ลำปาง นั่นคือ 7 ใน 10 จังหวัดที่มีอัตราการตายสูงสุดของประเทศอยู่ในภาคเหนือ ดัง แสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 4 อัตราการตายด้วยการฆ่าตัวตายแยกรายภาค ปี พ.ศ. 2542-2546

พื้นที่	อัตราการฆ่าตัวตาย /100,000 ประชากร				
	พ.ศ. 2542	พ.ศ. 2543	พ.ศ. 2544	พ.ศ. 2545	พ.ศ. 2546
ภาคเหนือ	15.3	14.3	6.5	12.5	12.4
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	5.7	4.1	4.6	5.5	5.0
ภาคกลาง	9.8	9.9	6.0	9.8	8.0
ภาคใต้	5.6	6.2	10.5	6.2	6.0
กรุงเทพมหานคร	6.3	5.7	2.1	4.1	3.6
ทั่วประเทศ	8.6	8.4	5.8	7.8	7.1

ที่มา: กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 5 อัตราการฆ่าตัวตายของประชากรแยกรายจังหวัดในเขตภาคเหนือตอนบน ปี พ.ศ. 2541- 2545

จังหวัด	อัตราการฆ่าตัวตาย /100,000 ประชากร					
	พ.ศ. 2541	พ.ศ. 2542	พ.ศ. 2543	พ.ศ. 2544	พ.ศ. 2545	พ.ศ. 2541-2545 (เฉลี่ย)
เชียงใหม่	29.8	31.2	25.6	23.1	21.9	26.3
ลำพูน	26.9	22.8	23.4	21.2	22.9	23.4
พะเยา	18.4	23.0	16.4	16.7	17.9	18.5
เชียงราย	17.3	17.2	18.5	11.7	12.8	15.5
แพร่	19.0	12.1	12.6	13.1	12.8	13.9
น่าน	11.1	14.7	12.9	12.3	11.9	12.6
ลำปาง	11.3	13.5	13.5	12.6	12.6	12.6

ที่มา: มาโนช หล่อตระกูล ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ปัจจุบัน ภาคเหนือตอนบนมีอัตราการพยายามฆ่าตัวตาย และการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงที่สุดในประเทศ การฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุการตายอันดับที่4 ของคนในภาคเหนือตอนบนในปี พ.ศ.2547 โดยจังหวัด ลำปางมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงที่สุด คือ 2.25 ต่อแสนประชากร พฤติกรรมการพยายามทำร้ายตนเองพบมากในวัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่ตอนต้น การศึกษาเมื่อปี พ.ศ.2540 ในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่ามีความสัมพันธ์กับการติดเชื่อเฮโรอีนมากที่สุด รองลงมาเป็นปัญหาเศรษฐกิจ ส่วนการวิจัยเมื่อปี พ.ศ.2542 ในนักเรียนมัธยมเขตภาคเหนือ พบว่านักเรียนร้อยละ 13.6 มีความคิดฆ่าตัวตาย โดยเหตุผลสำคัญที่นำไปสู่ความคิดฆ่าตัวตาย ได้แก่ บรรยากาศในครอบครัวที่ไม่ดี มีการทะเลาะกันบ่อย ๆ ปัญหาการฆ่าตัวตายจึงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งของภาคเหนือตอนบนที่จำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติม เพื่อหาสาเหตุและแนวทางการป้องกันแก้ไข

1.3 ปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีลักษณะเฉพาะตัว มีแบบแผนการดำรงชีวิต การเจ็บป่วย และทุพพลภาพ ที่ต้องการการดูแลด้านสุขภาพ และสวัสดิการสังคมที่ต่างจากกลุ่มอายุอื่นๆ ประชากรวัยนี้พบว่ามี

แนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้น โดยที่สัดส่วนประชากรสูงอายุต่อประชากรทั้งหมด เพิ่มจากร้อยละ 8.6 ในปี พ.ศ. 2541 เป็นร้อยละ 9.0 ในปี 2543 และมีการคาดประมาณว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 19.6 ในปี 2568 ในการสำรวจสุขภาพของผู้สูงอายุทั่วประเทศ ในปี 2538 พบว่าอุบัติการณ์ของการเจ็บป่วยเฉียบพลัน ในกลุ่มอายุระหว่าง 60-89 ปี พบได้ ร้อยละ 28 และเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 31 ในกลุ่มที่มีอายุตั้งแต่ 90 ปี ขึ้นไป อาการที่พบส่วนใหญ่ คือ ไข้หวัด ปวดศีรษะ ปวดข้อ ปวดหลัง และความดันโลหิตสูง ปัญหาโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ พบได้ร้อยละ 69.3 ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี และเพิ่มเป็นร้อยละ 83.3 ในกลุ่มอายุ 90 ปี ขึ้นไป และมักพบว่าเป็นหลายโรคร่วมกัน ส่วนการเกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ พบว่า ร้อยละ 32.7 เป็นอุบัติเหตุภายในบ้าน รองลงมาคืออุบัติเหตุระหว่างเดินทาง ร้อยละ 22.3 และอุบัติเหตุจากการทำงาน ร้อยละ 21.8 จะเห็นได้ว่าการเกิดอุบัติเหตุภายในบ้านมีความสำคัญอย่างยิ่ง และสะท้อนให้เห็นว่าสภาพการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุในปัจจุบัน อาจไม่มีความปลอดภัยเพียงพอ

ภาวะทุพพลภาพในระยะยาว หรือการเจ็บป่วยที่นานมากกว่า 6 เดือน ในผู้สูงอายุ และทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ พบได้ ร้อยละ 19 ส่วนสาเหตุการตายของผู้สูงอายุ พบว่าเป็นกลุ่มโรคที่ป่วยสะสมมาตั้งแต่วัยกลางคน ได้แก่ กลุ่มโรคระบบไหลเวียนเลือด ซึ่งหมายถึง โรคของหลอดเลือดสมอง และความดันโลหิตสูง ซึ่งแสดงอาการของเส้นเลือดแตกหรือตีบตัน ทำให้เกิดอัมพาต/อัมพฤกษ์ หรือตายทันทีที่รองลงมา คือ โรคมะเร็ง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นมะเร็งตับ มะเร็งท่อน้ำดี และที่พบได้น้อยกว่าคือมะเร็งปอด และมะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งในช่องปาก และหลอดอาหาร นอกจากนี้สาเหตุการตายอื่นๆ ได้แก่ เบาหวาน และปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้สูงอายุมีแนวโน้มของการมีสภาพจิตผิดปกติที่เพิ่มสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี พบได้ร้อยละ 1.9 และเพิ่มเป็นร้อยละ 3.3, 8.0 และ 12.5 ในกลุ่มอายุ 70-79, 80-89, และ 90 ปีขึ้นไป ตามลำดับ

สิ่งแวดล้อมทางสังคมของผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว ครุฑเรือนที่อาศัยส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย คือประกอบด้วยสมาชิก 3 รุ่นหรือมากกว่า คือตัวเอง บุตร และหลาน นอกจากนี้ยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นของการอยู่อาศัยแบบข้ามรุ่น (ผู้สูงอายุกับหลาน) โดยเฉพาะในภาคเหนือ ในสถานการณ์ที่ที่มีการเสียชีวิตจากโรคเอดส์ของพ่อแม่ และการอพยพย้ายถิ่นของหนุ่มสาวรุ่นพ่อแม่ไปทำงานทำนอกพื้นที่ นโยบายด้านการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุในปัจจุบันของรัฐบาล คิดว่ายังไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้ครอบคลุมในพื้นที่ต่างๆ อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม ถึงแม้จะมีรัฐสวัสดิการในการให้บริการสุขภาพ และโครงการเบี้ยยังชีพ แต่สวัสดิการด้านอื่นๆ ยังมีจำกัด และยังขาดมาตรการทางสังคมที่จะส่งเสริมให้ครอบครัวให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

1.4 ปัญหาสารเสพติด

พฤติกรรมการใช้สารเสพติดเป็นปัญหาสังคมที่รุนแรงและน่าเป็นห่วงสำหรับเยาวชนไทย จากการสำรวจในเยาวชนทั่วประเทศ ในปี 2541 พบว่า สารเสพติดที่เยาวชนระบุว่าเคยใช้และกำลังใช้อยู่ มากที่สุดคือ เหล้า/เบียร์ (ร้อยละ 51.7) โดยอายุเฉลี่ยที่เริ่มเสพคือ 16.4 ปี รองลงมาคือเครื่องดื่มบำรุงกำลัง (ร้อยละ 26.5) บุหรี่ (ร้อยละ 24.7) ส่วนที่ระบุว่าเคยเสพกัญชา ยาบ้า พบได้ร้อยละ 5.1 และร้อยละ 4.2 ตามลำดับ โดยที่เยาวชนกลุ่มที่เสพยาเสพติดเหล่านี้มักจะเริ่มจากการสูบบุหรี่ และดื่มสุรามาก่อน ปัจจัยที่ชักนำ พบว่าเพื่อนเป็นผู้ชักชวนได้บ่อยที่สุด และมักเป็นเยาวชนกลุ่มที่ขาดความรัก ความอบอุ่น จากครอบครัว การแพร่ระบาดของยาบ้ามีแนวโน้มรุนแรงและขยายขอบข่ายไปถึงโรงเรียนและในหมู่บ้าน เพราะหาซื้อได้ง่าย แม้จะมีโครงการต่างๆ เกิดขึ้นมากมาย เพื่อป้องกันการติดสารเสพติด แต่ยังมีเยาวชนอีกเป็นจำนวนมากที่อยู่ในภาวะเสี่ยง และครอบครัวก็ยังมึนงงหาหนทางในการป้องกัน และแก้ไขปัญหานี้

ประสบการณ์ “เคยใช้” สารเสพติดที่ผิดกฎหมายของประชาชนในภาคเหนือ

ผลจากการสำรวจครัวเรือนในภาคเหนือ ปี 2546 ในพื้นที่ 9 จังหวัด ได้แก่ พะเยา เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน ลำปาง แพร่ สุโขทัย กำแพงเพชร พิจิตร และอุทัยธานี พบว่า ประชาชนที่มีประสบการณ์ “เคยใช้” สารเสพติดที่ผิดกฎหมาย มีร้อยละ 7.6 ของประชากร เมื่อแยกประเภทของสารเสพติดที่ “เคยใช้” พบว่าการเสพกัญชา พบได้ ร้อยละ 4.9 รองลงมาคือ การเสพยาบ้า พบได้ ร้อยละ 4.3 และกระท่อม พบได้ ร้อยละ 1.5 ส่วน ผิ่น สารระเหย และผงขาว/เฮโรอีน พบได้ ร้อยละ 0.5-1 การใช้ยาบ้าของประชาชนในภาคเหนือ พบว่ามีจำนวนคาดประมาณ 377,500 คน คิดเป็นร้อยละ 4.3 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.3 ในปี 2544 ผู้ที่ใช้ยาบ้าเป็นผู้ชายมากกว่าผู้หญิง

1.5 แนวโน้มของอุบัติการณ์โรคใหม่ที่เป็นปัญหาสาธารณสุข

ความเสี่ยงต่อโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ อุตุนิษฐ์

การพัฒนาและการปรับตัวอยู่ตลอดเวลาของเชื้อที่เป็นสาเหตุของโรค การเพิ่มจำนวนมากขึ้น และเดินทางไปมาหาสู่กันมากขึ้นของมนุษย์ สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ตลอดจนปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ทำให้มีโรคติดเชื้ออุบัติใหม่เกิดขึ้นตลอดเวลา การระบาดของโรคติดเชื้อทางเดินหายใจรุนแรง (SARS) และโรคไข้หวัดนก ในช่วงที่ผ่านมา แสดงถึงความเสี่ยงที่จะมีการเจ็บป่วยล้มตายของคนเรา

จำนวนมากจากโรคติดเชื้อใหม่ ๆ เหล่านี้ ซึ่งภาคเหนือตอนบนก็มีความเสี่ยงไม่ต่างไปจากพื้นที่อื่นของประเทศ หรือจากประเทศอื่น ๆ

โรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง

การเกิดขึ้น และแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วของโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง ไปทั่วโลกในปี พ.ศ. 2545-2546 เป็นตัวอย่างที่ดีของโรคติดเชื้ออุบัติขึ้นใหม่ และส่งผลกระทบต่อทั้งสุขภาพของผู้คน และเศรษฐกิจ เนื่องจากเป็นโรคที่สามารถติดต่อกันได้ง่ายจากคนสู่คน ทำให้การควบคุมโรคเป็นไปได้ด้วยความยากลำบาก นอกจากนั้นการเดินทางโดยเครื่องบินทำให้การแพร่กระจายเชื้อข้ามประเทศเป็นไปได้ด้วยความรวดเร็ว นอกจากนั้นยังส่งผลกระทบต่ออุตสาหกรรมการท่องเที่ยว เนื่องจากคนไม่กล้าเดินทางในระหว่างการระบาดของโรคอีกด้วย

แม้องค์การอนามัยโลกจะประกาศว่า การระบาดของโรคได้สิ้นสุดลง ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ปี พ.ศ. 2546 แล้ว แต่ก็มีความกังวลว่าโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรงมีโอกาสสูงที่จะกลับมาระบาดได้อีก เนื่องจากมีหลักฐานว่ายังมีสัตว์เป็นแหล่งโรค และต่อมาได้มีการติดเชื้อจากห้องปฏิบัติการ ในประเทศไต้หวัน และจีน ทำให้ ภาคเหนือตอนบนมีสนามบินนานาชาติ 2 แห่ง คือ สนามบินนานาชาติเชียงใหม่ และสนามบินนานาชาติเชียงราย ซึ่งมีผู้โดยสารเดินทางมาจากต่างประเทศจำนวนมากทุกวัน จึงมีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นช่องทางเข้ามาของเชื้อโรคหากเกิดการระบาดซ้ำ และเนื่องจากการตรวจคัดกรองโรคในผู้โดยสารขาเข้า ณ สนามบินไม่มีประสิทธิภาพในการตรวจหาผู้ป่วย การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง และคัดกรองโรคที่สถานพยาบาล จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

ไข้หวัดนก

การป่วยเป็นไข้หวัดนกในคน เกิดจากการสัมผัสกับสัตว์ปีกโดยเฉพาะอย่างยิ่งไก่ที่กำลังป่วย หรือซากไก่ที่ตายจากไข้หวัดนก ช่วงต้นปี พ.ศ.2547 มีคนไทยจำนวน 12 คน ได้รับการวินิจฉัยยืนยันว่าป่วยเป็นโรคไข้หวัดนก ในจำนวนนี้ 8 คน เสียชีวิต และตั้งแต่กลางปี พ.ศ. 2547 ได้มีการระบาดของโรคไข้หวัดนก รอบสอง จนกระทั่งถึงปัจจุบันก็ยังไม่สามารถควบคุมการระบาดของโรคได้ เนื่องจากธรรมชาติของตัวโรคเอง และปัญหาการรายงานตลอดจนการควบคุมโรคในสัตว์ปีก การกลับมาระบาดซ้ำในระยะเวลาใกล้เคียงกัน ทำให้มีความกังวลเพิ่มขึ้นว่า ไข้หวัดนกอาจกลายเป็นโรคประจำถิ่น นอกจากนั้นหากคนติดเชื้อไวรัสไข้หวัดนกพร้อมกับเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่พร้อม ๆ กัน อาจนำไปสู่การกลายพันธุ์ของเชื้อไข้หวัดนก ทำให้มีความสามารถในการติดต่อกับคนสู่คน ซึ่งหากเกิดขึ้นจริงจะทำให้เกิดการระบาดของโรคอย่างรุนแรง และทำให้มีผู้เสียชีวิตจำนวนมากได้ เนื่องจากคนเรายังไม่มีภูมิคุ้มกันต่อเชื้อตัวใหม่นี้

โรคติดต่อที่มากับแรงงานต่างชาติ

ภาวะเศรษฐกิจที่แตกต่างกันอย่างมากของประเทศไทยกับประเทศเพื่อนบ้านทำ ตลอดจนความต้องการแรงงานราคาถูกในประเทศไทย ทำให้ประเทศไทยรับแรงงานต่างชาติเข้ามาทำงานในประเทศจำนวนมาก ซึ่งสำหรับในเขตภาคเหนือตอนบน ส่วนใหญ่เป็นแรงงานจากประเทศพม่า แรงงานเหล่านี้ส่วนหนึ่งป่วยเป็นโรคติดต่อ ซึ่งนอกจากจะเป็นภาระของระบบบริการในประเทศเพิ่มขึ้นแล้ว ยังสามารถแพร่เชื้อให้คนไทยทั่วไปได้ ที่สำคัญได้แก่ วัณโรค ซิฟิลิส และมาลาเรีย โดยในปี พ.ศ. 2546 จากการตรวจร่างกายแรงงานต่างชาติที่เข้ามาทำงานในภาคเหนือตอนบน พบว่า มีผู้ที่ป่วยเป็นวัณโรค 93 ราย ติดเชื้อซิฟิลิส 15 ราย และติดเชื้อมาลาเรีย 95 ราย จากผู้เข้ารับการตรวจร่างกายรวมทั้งสิ้น 26, 906 ราย

2) ระบบบริการสุขภาพ

ระบบบริการสุขภาพที่ดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุขนั้น ได้มีการแบ่งระดับขั้นของการบริการ ดังนี้คือ 1) การบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ 2) การบริการระดับทุติยภูมิ และ3) การบริการระดับตติยภูมิ โดยพิจารณาตามความซับซ้อนของปัญหาสุขภาพ และการบริการ ว่าจำเป็นต้องมีการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์มากขึ้นเพียงใด ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ระดับของการบริการสุขภาพแยกตามลักษณะงาน

ระดับของการบริการ	ลักษณะงาน/ความซับซ้อน
ระดับปฐมภูมิ(Primary care)	บริการด้านแรกเน้นการจัดบริการแบบองค์รวม การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคหรือภาวะแทรกซ้อน และการรักษาโรคที่ไม่ซับซ้อน สถานบริการในระดับนี้ได้แก่ ศูนย์สุขภาพชุมชน สถานีอนามัย และโรงพยาบาลชุมชน
ระดับทุติยภูมิ(Secondary care)	การบริการสุขภาพในโรคที่มีความซับซ้อนมากขึ้น และจำเป็นต้องใช้วิธีการหรือเทคโนโลยีมากขึ้น สถานบริการในระดับนี้ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์ ซึ่งจะมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญให้บริการ แต่ยังมีขีดจำกัดด้านเทคโนโลยีในการรักษา
ระดับตติยภูมิ(Tertiary care)	การบริการโรคที่มีความซับซ้อนมากที่สุด และจำเป็นต้องใช้ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีขั้นสูงในวิธีการดูแลรักษา เป็นการบริการโดยแพทย์เฉพาะทาง เป็นระดับที่มีการศึกษาวิจัย เพิ่มพูนความรู้ และเทคโนโลยีใหม่ๆ ร่วมไปกับการให้บริการด้วย สถานบริการในระดับนี้ได้แก่ โรงพยาบาลคณะแพทยศาสตร์ สถาบันโรคเฉพาะทาง และโรงพยาบาลศูนย์

องค์ประกอบหลักของการดูแลสุขภาพของคนเรา แบ่งออกได้ 2 ส่วนใหญ่ๆ คือการให้บริการของสถานพยาบาล และการที่ประชาชนดูแลหรือพึ่งตนเอง การดูแลสุขภาพของตนเองหรือการพึ่งตนเองในด้านสุขภาพแบ่งออกเป็นสองส่วนย่อยคือ การดูแลสุขภาพอนามัยทั่วไป ในขณะที่ไม่ป่วย ได้แก่ การกิน การทำงาน การพักผ่อน กับอีกส่วนหนึ่งคือ การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งหมายถึง การช่วยเหลือตนเองได้เมื่อมีอาการเจ็บป่วยโดยไม่ต้องพึ่งพาบริการ เมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยมาก ก็ต้องหาทางพึ่งพาสถานรักษาพยาบาล ซึ่งโดยส่วนใหญ่แล้วในทางปฏิบัติการให้บริการในสามระดับดังกล่าวนี้ มักจะคาบเกี่ยวหรือซ้ำซ้อนกันอยู่ และมักขึ้นกับทัศนคติและความต้องการของผู้ใช้บริการด้วย แต่ก็มี ความจำเป็นที่จะต้องยอมรับว่าการบริการระดับตติยภูมิควรที่จะต้องแยกออกมาให้ชัด เนื่องจากมีการลงทุนสูงที่สุด

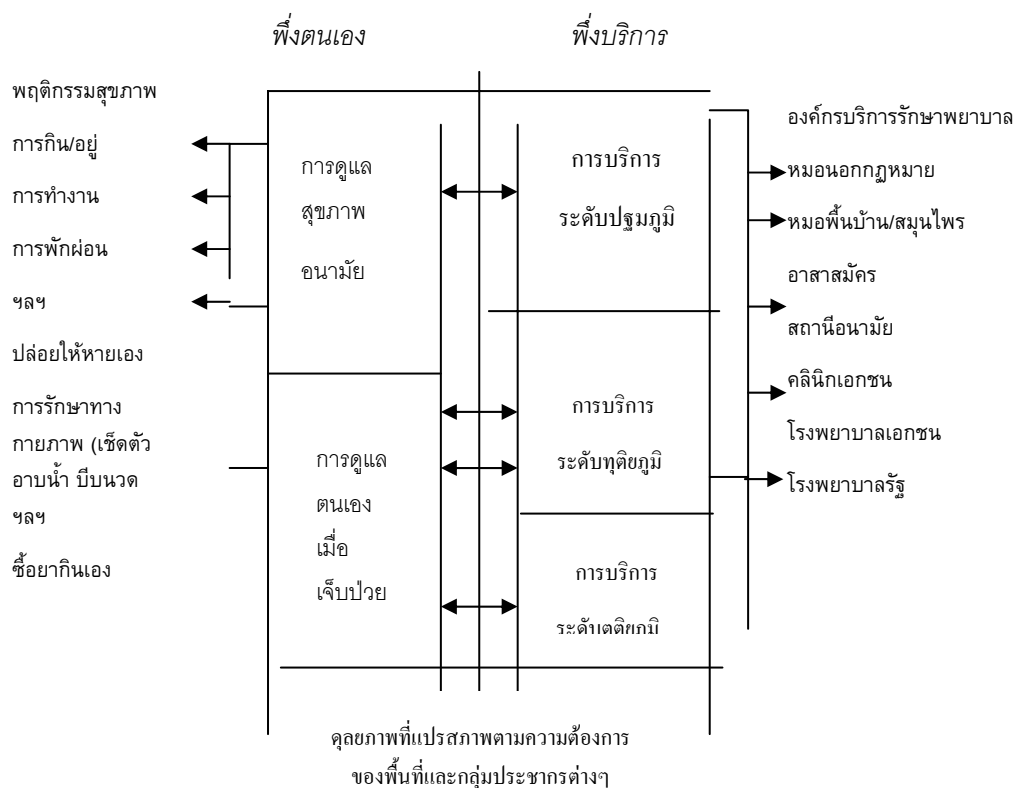
การดำเนินงานของรัฐบาล ในการที่จะให้ประชาชนมีหลักประกันด้านสุขภาพ ได้ขยายความครอบคลุมเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องมานานกว่ายี่สิบปี ตั้งแต่พ.ศ. 2518 เริ่มจากโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาล (สปน.) ต่อมาในปี พ.ศ. 2537 รัฐบาลได้ขยายความคุ้มครองเพิ่มเติมครอบคลุมถึงผู้สูงอายุ มากกว่า 60 ปี เด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี ผู้พิการ ทหารผ่านศึก ผู้นำชุมชน และผู้นำศาสนา ภายใต้โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยากจนสมควรช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.) ต่อมาในปีพ.ศ. 2534 ได้มีโครงการบัตรประกันสุขภาพ เป็นการประกันสุขภาพโดยสมัครใจที่ผู้ซื้อบัตรต้องเสียเงินซื้อบัตรล่วงหน้าในราคาที่กำหนด การประกันจะครอบคลุมทั้งครอบครัว ซึ่งดำเนินมาจนถึงปี พ.ศ. 2544 เนื่องจากบัตรมีราคาถูกและรัฐได้จ่ายเงินสมทบให้กับสถานบริการเพิ่มเติม จึงทำให้โครงการดังกล่าวเป็นที่นิยมในกลุ่มประชาชนที่ไม่มีประกันสุขภาพชนิดอื่น อย่างไรก็ตามสิทธิประโยชน์ในหลักประกันสุขภาพนี้ก็ยังไม่เท่าเทียมกับสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ และสวัสดิการประกันสังคม

ความแตกต่างของสิทธิประโยชน์ที่ได้รับของประชาชนภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพประเภทต่างๆ มักก่อให้เกิดปัญหาในเรื่องการเข้าถึงบริการสุขภาพ การได้รับบริการที่ไม่เท่าเทียมกัน และโอกาสที่จะถูกเลิกปฏิบัติจากสถานพยาบาลเกิดขึ้นได้ เนื่องจากประชาชนกลุ่มผู้ยากจนหรือกลุ่มผู้ด้อยโอกาสเหล่านี้มักถูกมองว่าเป็นผู้สร้างภาระค่าใช้จ่ายให้แก่โรงพยาบาล และรัฐบาลไม่สามารถให้การสนับสนุนงบประมาณทดแทนให้เพียงพอ เมื่อเทียบกับหลักประกันสุขภาพประเภทอื่น ในปี พ.ศ. 2544 เป็นต้นมา ได้มีการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค ได้ส่งผลให้เกิดความตื่นตัว และมีการผลักดันของที่จะให้ประชาชนทุกคนได้มีหลักประกันด้านสุขภาพ โดยสัดส่วนของผู้ไม่มีหลักประกันด้านสุขภาพลดลงจากร้อยละ 40.4 ในปี 2542 และร้อยละ 29.1 ในปี 2544 (กองสถิติสังคม, 2544) เหลือเพียงร้อยละ 6.4 หลังจากที่มีการดำเนินการโครงการฯ นำร่อง 6 เดือนใน 8 จังหวัด ซึ่งรวมถึงจังหวัดเชียงใหม่ และแพร่ด้วย

3) การดูแลสุขภาพตนเอง และการแพทย์พื้นบ้าน

สิ่งสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพของประชาชนคือ การสร้างดุลยภาพระหว่างการพึ่งตนเอง การดูแลสุขภาพของตนเองกับการพึ่งบริการ (แผนภูมิที่ 1) เนื่องจากปัจจุบันนี้ กรอบของการให้บริการสุขภาพได้ถูกขยายใหญ่ขึ้นทั้งโดยตั้งใจและไม่ตั้งใจ พิจารณาจากจำนวนผู้ป่วยในสถานพยาบาลของรัฐที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และจากจำนวนสถานพยาบาลเอกชนหรือคลินิกที่ผุดขึ้นในพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศ บริการด้านการแพทย์และการรักษาพยาบาลเหล่านี้ได้ขยายตัวเติบโตขึ้นจนทำให้นับวันประชาชนไทยก็จะยิ่งขาดแนวคิดและวิธีการในการพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพมากขึ้นเรื่อยๆ แม้เพียงอาการเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ ที่สามารถดูแลและรักษาอาการด้วยตนเองได้ ประชาชนจำนวนมากก็ยังเลือกที่จะไปพบแพทย์ ซึ่งหลายครั้งทำให้ต้องสูญเสียทั้งเวลาและค่าใช้จ่ายครวละมากๆ โดยไม่จำเป็น การบริการระดับปฐมภูมิหรือหน่วยบริการด่านแรกซึ่งเป็นหน่วยที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด จึงเป็นหน่วยสำคัญ และหากได้รับการพัฒนาให้มีคุณภาพมากขึ้น จะช่วยพัฒนาประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ และช่วยทำให้เกิดความสมดุลระหว่างการพึ่งบริการจากสถานพยาบาล และการพึ่งตนเองของประชาชนมากขึ้น

แผนภูมิที่ 1 การดูแลและแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัย



ภาคเหนือตอนบนของประเทศไทยในอดีตมีระบบการแพทย์พื้นบ้าน ซึ่งเป็นวิธีการรักษาที่วางอยู่บนพื้นฐานหรือบริบทโครงสร้างทางสังคม วัฒนธรรม และเป็นสิ่งที่สังคมได้ร่วมกันกำหนดขึ้น ภายใต้ความเชื่อเดียวกัน เช่น การใช้เวทมนต์คาถา การนวด การใช้สมุนไพร หรือการประกอบพิธีกรรมเพื่อการรักษา เป็นต้น ใน ปัจจุบันการแพทย์พื้นบ้านได้มีการปรับตัวให้สอดคล้องกับเงื่อนไขที่เปลี่ยนแปลงไป นั่นคือการมีระบบแพทย์แผนปัจจุบันที่เข้ามาแทนที่ ทำให้การแพทย์พื้นบ้านจะเป็นไปในลักษณะเข้าไปผสมผสานเป็นวิธีการรักษาอย่างหนึ่งด้วย ระบบการแพทย์พื้นบ้านล้านนา เป็นการผสมผสานองค์ความรู้ด้านการรักษาความเจ็บป่วยร่วมกับระบบสังคมวัฒนธรรมของชุมชน มิได้แยกขาดจากการดำเนินชีวิต สาเหตุของความเจ็บป่วยมักจะเชื่อมโยงกับอำนาจเหนือธรรมชาติ ได้แก่ ความเชื่อเรื่องผี โหราศาสตร์ ไสยศาสตร์ ดังนั้นวิธีการดูแลสุขภาพตนเองของชาวล้านนา จะประกอบด้วยการใช้สมุนไพร ซึ่งส่วนใหญ่ก็คืออาหารปกติที่รับประทานอยู่แล้ว แต่จะมีความเชื่อว่าอาหารแต่ละชนิดมีสรรพคุณในการรักษาโรคแต่ละอย่างได้ หรือมีความเชื่อว่าอาหารบางอย่างอาจไม่ดี และเป็นข้อห้ามในบางกรณี เช่น หญิงตั้งครรภ์ห้ามกินบอน ผักแว่น กล้วยจี เพราะเชื่อว่าจะมีผลต่อรก ในขณะเดียวกันก็เชื่อว่า การกินหัวปลี และขนุนอ่อนจะทำให้น้ำนมไหลดี เป็นต้น นอกจากการใช้สมุนไพรแล้ว ในการรักษาจะมีการประกอบพิธีกรรม โดยใช้พืชผักบางอย่าง เช่น ส้มป่อย มาทำเป็นน้ำส้มป่อยเพื่อลูบศีรษะ หรือปะพรมที่ต่างๆ เพื่อขจัดสิ่งไม่ดีออกจากร่างกาย นอกจากนี้ยังมีวิธีการอื่นๆ เช่น การอบสมุนไพรหรือการหมย การย่ำขาง การขีดแขก การสู่วัณสุระเคาะเคาะหรี การเข้าทรง เป็นต้น หมอเมืองหรือหมอพื้นบ้านจะมีความสามารถหลายๆ ด้าน ในอดีต การรักษาของหมอเมือง จะไม่สามารถเรียกค่ารักษาจากผู้ป่วยได้ นอกจากค่าขันตั้งที่ผู้ป่วยให้กับหมอ ซึ่งมักจะเป็นเงินจำนวนไม่มาก แต่ผู้ป่วยจะตอบแทนในลักษณะอื่น เช่น การดำหัวในวันสงกรานต์ เพื่อระลึกถึงบุญคุณที่ช่วยให้หายป่วย

การรักษาด้วยการแพทย์พื้นบ้าน ได้ถูกกลดบทบาท และความสำคัญลงเรื่อยๆ ตั้งแต่คณะมิชชันนารีที่มาเผยแพร่ศาสนาคริสต์ ในปี พ.ศ. 2410 เป็นต้นมา มีการจัดตั้งโรงพยาบาลแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อรักษาผู้ป่วยพร้อมกับเผยแพร่ศาสนาในเวลาเดียวกัน ต่อมารัฐบาลเข้ามามีบทบาทมากขึ้นในการดูแลสุขภาพประชาชน โดยได้ขยายบริการสาธารณสุขในรูปแบบของการแพทย์แผนปัจจุบันให้ครอบคลุมทั่วประเทศ การปฏิรูปการปกครองและการสาธารณสุขดังกล่าว ได้ทำให้บทบาทของมิชชันนารีลดลง แต่ขณะเดียวกันก็มีผลให้ชาวล้านนาค่อยๆ เปลี่ยนแบบแผนการดูแลสุขภาพจากเดิมที่เคยพึ่งพิงตนเอง มาเป็นการพึ่งเทคโนโลยี และทำให้องค์ความรู้เดิมในการดูแลสุขภาพค่อยเลือนหายไปจากสังคม เนื่องจากไม่ได้รับการยอมรับจากคนรุ่นใหม่ การแพทย์แผนปัจจุบันหรือการแพทย์แบบตะวันตกมีข้อดีในการรักษาโดยเฉพาะโรคระบาด โรคติดต่อต่างๆ และโรคบางชนิดที่เป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด และช่วยลดการตายของผู้คนในอดีตได้มากมาย อย่างไรก็ตาม การแพทย์ตะวันตกก็มีข้อเสียคือขาดมิติด้านจิตใจ ไม่ได้ให้ความสำคัญของความสัมพันธ์ระหว่าง

กายและจิตเหมือนการแพทย์พื้นบ้าน ชาดการมองอย่างเป็นองค์รวมของชีวิตผู้ป่วย หากได้มีศึกษาและเลือกสรรวิธีการดูแลสุขภาพแบบการแพทย์พื้นบ้านที่มีประโยชน์ และผสมผสานกับแพทย์แผนตะวันตกอย่างเหมาะสม ก็น่าก่อให้เกิดผลดีที่สุดในระบบการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน

ข้อมูลจากสำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข ในปี 2540 พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตัวเองของชาวไทยภูเขาเมื่อเจ็บป่วย พบว่า หากเป็นการเจ็บป่วยทั่วไป ร้อยละ 60.2 นิยมไปรักษาที่สถานอนามัย หรือศูนย์สาธารณสุขชุมชนในหมู่บ้าน ร้อยละ 14.8 ซื้อยากินเอง และร้อยละ 3.8 ไปรักษากับหมอฟัน และร้อยละ 2.9 ใช้สมุนไพร แต่หากเป็นการเจ็บป่วยรุนแรง ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65) จะไปรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐ

บรรณานุกรม

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2546 ภาคเหนือ; 2546.งานสารสนเทศ กลุ่มสนับสนุนวิชาการ ศูนย์อนามัยที่10 เชียงใหม่. สถิติงานสร้างสุขภาพ เขต10 ประจำปีงบประมาณ 2546; มิถุนายน 2547.
2. ระวีวรรณ สองแสง. สภาวะสุขภาพแม่และเด็กในเขต10 พ.ศ.2540-2545. กลุ่มสนับสนุนวิชาการ ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่.
3. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. สุขภาพคนไทย 2546; 2547
4. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. รายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชนโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ.2539-พ.ศ.2540.
5. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. อัตราตายและอัตราตายปรับฐานต่อประชากรแสนคน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง. 2 พฤศจิกายน 2547 <
http://epid.moph.go.th/NCDweb2/Dr_lee/File_1.html>
6. กลุ่มโรคไม่ติดต่อ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่10 เชียงใหม่. สถิติการเกิดอุบัติเหตุจราจรช่วงเทศกาลสงกรานต์ในพื้นที่เขต10
7. หน่วยรายงานสถิติทางการแพทย์ งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. สถิติอุบัติเหตุประจำปี. 2 พฤศจิกายน 2547
<http://www.med.cmu.ac.th/hospital/medrec/medrec/ACCIDENT46.html>>

8. กลุ่มโรคไม่ติดต่อ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่10 เชียงใหม่. อัตราการสวมนิรภัยในผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ในเขตภาคเหนือตอนบน ปี พ.ศ.2547.
9. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. อัตราการฆ่าตัวตายจำแนกตามเขตการสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2543-2544. 2 พฤศจิกายน 2547 < <http://www.dmh.go.th/trend.asp>>
10. ประเวศ ดันติพิวัฒนสกุล, สุรสิงห์ วิศรุตรัตน์. ฆ่าตัวตาย: การสอบสวนหาสาเหตุและการป้องกัน. กรมสุขภาพจิต: กรุงเทพมหานคร; 2541.
11. กลุ่มโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่10 เชียงใหม่. ผลสำรวจอัตราการติดเชื้อเอดส์ในหญิงตั้งครรภ์ และทหารเกณฑ์ ในพื้นที่เขต 10 ปี 2547.
12. สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์ รัตนา พันธุ์พานิช เพ็ญประภา ศิริโรจน์ และคณะ. รายงานการติดตามโครงการประเมินผลระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระยะที่ 1” นนทบุรี. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2547.
13. พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, สุพัตรา ศรีวณิชชากร, ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, อภิญา ตันทวิวงศ์ ปรารธนา จันทรพันธุ์ และ อรุณี เอียบ. เวชปฏิบัติครอบคลุม บริการสุขภาพที่ใกล้ชิดและใกล้บ้าน. โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. กระทรวงสาธารณสุข ธันวาคม 2542
14. ณัฐ ภมรประวดี, ไกรสิทธิ์ ดันติศิริรินทร์, เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม บรรณานิการ. แผนกลยุทธ์การวิจัยสุขภาพ. กรุงเทพฯ: ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.
15. จันทรเพ็ญ ชูประภาวรรณ. สถานะสุขภาพคนไทย. โครงการสำนักพิมพ์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพฯ 2543
16. อนันท์ อร่ามรัตน์, กนิษฐา ไทยกล้า, กนกพร วิบูลย์นัฐกุล, สุบิน แก้วยัง และคณะ. รายงานการสำรวจครัวเรือนเพื่อประมาณการผู้เกี่ยวข้องกับสารเสพติดในภาคเหนือ2546. เชียงใหม่: ตรีโอ แอดเวอร์ไทซิง แอนด์มีเดีย.
17. มาลี สิทธิเกรียงไกร. การเปลี่ยนแปลงและวิวัฒนาการของระบบการแพทย์ในภาคเหนือ โรงพิมพ์เมือง เชียงใหม่ 2543